



ISTITUTO COMPRENSIVO DI AIRASCA

via Stazione, 37 - 10060 Airasca (TO) - tel.: 011-9908555
PEO: TOIC83500A@istruzione.it PEC: TOIC83500A@pec.istruzione.it
C.F.: 94544250015 - C.M.: TOIC83500A

Al Dirigente Scolastico I.C. Airasca

Oggetto: richiesta permesso di uscita anticipata - entrata posticipata

Il/la sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ sez. _____

della Scuola ☐ Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria - di ☐ Airasca ☐ Scalenghe

dichiara

- di garantire il prelevamento del figlio/a da parte di un genitore o persona maggiorenne delegata;
- di essere consapevole che il figlio/a non fruirà del regolare monte ore settimanale del curriculum in quanto dovrà essere segnato assente seppur con le deroghe previste;
- che il figlio/a deve seguire

.....

- che, dove l'orario di effettuazione lo consenta, l'alunno farà rientro a scuola per svolgere le attività didattico-educative successive al termine della terapia,

chiede l'autorizzazione

☐ all'uscita anticipata da scuola durante le lezioni

☐ all'entrata posticipata a scuola durante le lezioni

nella giornata di _____ dalle ore _____ alle ore _____

☐ per il periodo dal _____ al _____

☐ per l'intero anno scolastico

Eventuale orario di rientro a scuola.....

Il/la sottoscritto/a genitore si impegna a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico ogni variazione che intervenga nell'organizzazione della terapia rispetto a quanto sopra riportato.

Data _____ Firma _____